

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Edad: _____

Farmacia Preferida: _____ Direccion: _____ Codigo Postal: _____

Aunque la higiene dental personal es tratada en la boca y alrededor de esta área, su higiene dental puede afectar su salud de diferentes maneras. Los problemas de salud actuales y los medicamentos que usted esté tomando pueden tener una importante interrelación con el tratamiento dental que reciba. Gracias por contestar las siguientes preguntas completa y precisamente.

Historia Médica General

Se encuentra bajo algún tratamiento médico? Sí No Si es así, explique: _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o tiene una operación mayor ? Si No Si es así, explique: _____

Alguna vez ha tenido una herida grave de cabeza/cuello? Sí No Si es así, explique: _____

Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No Si es así, nómbrelas: _____

Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Sí No Si es así, explique: _____

Se encuentra en alguna dieta especial? Sí No Si es así, explique: _____

Usa productos con tabaco? Sí No Por cuánto tiempo? _____ # de paquetes/al día _____

Usa sustancias controlada? Sí No Si es así, explique: _____

Mujeres: Se encuentra: Embarazada/Planea embarazarse? Amamantando? Tomando anticonceptivos? _____

Es alérgico a cualquiera de lo siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia local Otro: _____

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza Frecuente | <input type="checkbox"/> Latido Irregular del Corazon | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Úlceras Bucales | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Problema Cardiac | <input type="checkbox"/> Medicamento con Cortisona | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiac | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Válvula Artific Ceorazón | <input type="checkbox"/> Adicción a las Drogas | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Radiación | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Problema de Sangrado | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Tos Frecuente | <input type="checkbox"/> Urticaria o Erupción | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |

Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada anteriormente? Si es así, explique, por favor: _____

Comentario General Historial de Salud: _____

Quando fue su último examen dental? _____ Quando fue la última vez que le tomaron radiografías? _____

Con qué frecuencia cepilla sus dientes? _____ veces al día Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ veces al día

Ha usado frenos/tratamiento de ortodoncia Sí No Si es así, explique: _____

Ha recibido tratamiento periodontal? Sí No Si es así, cuando? _____

Ha sufrido lesiones en sus dientes, cara, mandíbula? Sí No Si es así, explique: _____

Padece o ha padecido alguno(s) de los signuientes:

- | | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Sangrado de la Encías | <input type="checkbox"/> Úlceras en la Boca | <input type="checkbox"/> Dientes Rotos | <input type="checkbox"/> Click en la Mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras | <input type="checkbox"/> Ansiedad Dental | <input type="checkbox"/> Dificul Abriendo Cerrando | <input type="checkbox"/> Dificultad al Masticar | <input type="checkbox"/> Boca Seca |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Oído | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Dientes Flojos | <input type="checkbox"/> Faltan Dientes | <input type="checkbox"/> Llagas en la Boca |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad Frío | <input type="checkbox"/> Sensibilidad Caliente | <input type="checkbox"/> Sensibilidad – Dulce | <input type="checkbox"/> Sensibilidad-Presión | <input type="checkbox"/> Inflamación de las Encías |

A mi mejor conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas completa y precisamente. Comprendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a Midwest Orthodontics de algún cambio medico.

Firma del Paciente o Padres/Guardián: _____ Fecha: _____